

# La Crónica Médica

APARTADO 2563

LIMA - PERU

## COMITE CIENTIFICO

L. AVENDAÑO — MAX GONZALEZ OLACHEA — EDUARDO BELLO  
ROMULO EYZAGUIRRE — EDMUNDO ESCOMEL — CARLOS MORALES MACEDO

## DIRECTOR

**CARLOS A. BAMBAREN**

## COMITE DE REDACCION

LUIS D. ESPEJO — RAFAEL M. ALZAMORA — ERNESTO EGO-AGUIRRE  
LUIS QUIROGA QUIÑONES



Agentes exclusivos para anuncios de Francia  
Comptoir International de Publicité — 9, Rue Tronchet. París

PRECIOS DE SUSCRIPCION		En Lima. .... S/. 6.00 al año		<b>AVISOS</b> Precios convencionales
		En Provincias ... > 8.00 al año		
		En el Extranjero 2 dólares al año		

**Año 61. - No. 976**

**Octubre 1944**

## SUMARIO

Asistencia del venereópata en el Callao, por el doctor José S. Castro M., pág. . . . .	305
Metódica criminológica, por el doctor Manuel López Rey, (conclusión), pág. . . . .	321
La lucha contra el crimen y el registro genealógico, por el doctor Julio Altmann Smythe, pág. . . . .	329
La enfermera frente a la Eugenesia, por la señorita Felicitá Sernaqué O., pág. . . . .	331
Noticias, pág. . . . .	334
Bibliografía, pág. . . . .	335

Universidad Nac. May. de S. Marcos  
Ingresado al

Universidad Nacional MAR 9 1944

Universidad del Perú, Decana de América

BIBLIOTECA CENTRAL

PARA LA TERAPÉUTICA MODERNA, NO ALCALINA DE  
LA ÚLCERA PÉPTICA - DE LA HIPERACIDEZ GÁSTRICA

# PEPSAMAR (M.R.)

(HIDROXIDO DE ALUMINIO)



Manufacturado por:

Winthrop Products Inc., Nueva York

para los

LABORATORIOS WINTHROP S. A.

Av. Wilson 1810 Universidad Nacional Mayor de San Marcos Casilla 1637  
Teléfono 35937 Universidad del Perú, Decana de América LIMA - PERU



## Asistencia del venereópata en el Callao

Por el Dr. JOSE S. CASTRO M.

Voy a referir la forma como se realiza la lucha antivenérea en el Consultorio Externo de Venereología y Ginecología del Hospital San Juan de Dios, del cual soy Jefe, para luego, si es posible, hacerla extensiva a todo el Callao, y aún más, a todo el país.

La atención de las enfermedades venéreas en el Consultorio de Venereología y Ginecología del Hospital "San Juan de Dios", la divido en tres etapas: 1º—Atención prestada en el pasado hasta Setiembre de 1938. 2º—Atención de Setiembre de 1938 hasta la fecha; y 3º—Cómo debe hacerse en el futuro.

**1º—Atención prestada en el pasado hasta setiembre de 1938.**—Transcribo de la tesis intitulada: "Contribución al estudio de las enfermedades venéreas en el puerto del Callao.— El aspecto asistencial", presentada para optar el grado de Bachiller en Medicina en el año de 1935, por Rómulo J. Hurtado L., las informaciones que contiene sobre el particular, agregando, después, lo que yo alcancé a ver en 1937 cuando era Interno del Hospital.

Refiriéndose al Consultorio Externo de Ginecología del Hospital de Bellavista, dice: "No merece la pena etiquetar con este nombre a un cuarto de tres metros de ancho por cuatro de largo, en donde se atienden diariamente las enfermas pertenecientes a Cirugía General, se dan consultas de Medicina y Cirugía a los niños enfermos, se ponen las diferentes clases de inyecciones y hasta se reparten las fichas de atención médica; es decir que existe una verdadera promiscuidad de enfermos, no pudiendo el médico examinar y curar con calma a las enfermas, ni disponer de los elementos necesarios para el examen y curación de las pacientes. Esta es la realidad. Ya los médicos están cansados de reclamar una organización mejor de estos consultorios. Se impone urgentemente el establecimiento de un Consultorio de Cirugía y Ginecología independiente, dotado de todo el instrumental y medicamentos necesarios para la curación de las enfermas".

Sobre el Consultorio de Dermatología y Sifilografía del mismo Hospital, expresa: "Existe en este Hospital un Consultorio de Dermatología y Sifilografía, que funciona en el Consultorio de Medicina a diferente hora, pero que tampoco tiene los medicamentos necesarios. El diagnóstico de la sífilis es en su mayoría clínico

desde la fecha en que se comenzó a cobrar tres soles por la reacción de Wassermann, tampoco se puede realizar un verdadero tratamiento antisifilítico por lo costoso que ésto resulta para las pacientes, que en su mayoría son pobres. Urge subsanar estas dificultades en la mejor forma posible. Creo que la consulta gratuita para esta clase de enfermas sería la medida más adecuada, si tenemos en cuenta lo que significa esta plaga social".

Refiriéndose al Consultorio Externo de Maternidad, dice: — "El Consultorio Externo de esta Maternidad, no merece nombrarse como tal, pues como no llena su verdadera función, apenas si se concreta a diagnosticar el tiempo de embarazo; no se hace el tratamiento antisifilítico de las embarazadas lúeticas ni de las que estando embarazadas presentan gonococia; ¿cuántos abortos por causa sifilítica se podrían suprimir; cuántas complicaciones postpartum se evitarían; cuántos partos prematuros con fetos macerados, cuántos niños que nacen degenerados y otros que vienen tarados con trastornos mentales que los harán pequeños delincuentes y seres peligrosos para la sociedad, se podrían evitar; cuántas mujeres estériles y niños ciegos se podría preveer?"

Finalmente, en otro pasaje de la tesis del doctor **Hurtado Laos**, encontramos lo siguiente: — "A partir del año 1932, encontrándose la Beneficencia en una difícil situación económica, se decidió establecer una cuota moderada de 20 centavos por consulta realizada en los consultorios externos de ambos Hospitales y de la Maternidad de Bellavista; además establecía en su tarifa, el pago de 20 centavos por cada receta, un sol por cada inyección de Neosalvarsán, 20 centavos por cada inyección de biyoduro de mercurio, dos soles por análisis completo de orina, un sol por la investigación de elementos anormales en la orina, dos soles por la investigación de Gonococo de Neisser, tres soles por una reacción de Wassermann, etc. Como era natural el resultado de esta medida no dejó de esperarse con caracteres muy amargos para el problema asistencial del enfermo venéreo en el Callao. La disminución inmediata de las consultas fué la consecuencia de este desacierto de la Beneficencia. De las 12,800 y 12,200 consultas realizadas en los años de 1930 y 1931 respectivamente, descendieron violentamente al reducido número de 3,239 consultas en el año de 1932. El desbande con un tratamiento incompleto con todas sus consecuencias constituyó el legado de la medida antedicha. Posteriormente, en este mismo año fué suprimida la Jefatura del Servicio, apoyándose en la misma razón de economía, anexándose a la Sala de Vías Urinarias. Así ha permanecido durante algún tiempo este importante Servicio, funcionando irregularmente, ya que el personal de la Sala mencionada no se daba abasto para atender las consultas externas. Esto ha servido para que la Beneficencia se dé cuenta ante la realidad de las cosas y nombre nuevamente un Jefe para este importante Servicio".

"Como puede observarse por las medidas tomadas por la Beneficencia Pública del Callao, queda demostrado de una manera



palpable el escaso concepto que sus dirigentes tienen del problema venéreo en nuestro Puerto. Y este defecto que anotamos en el Callao en una Institución Pública, no es caso aislado que nos llame la atención; desgraciadamente es un mal general que tiene profundo arraigo en nuestras Instituciones Públicas, en donde se pretende resolver las cosas con un criterio de política partidarista sin tener en cuenta el interés general, que es el único que debe contemplarse. Es por eso, que el empírico audaz, tiende a superponerse al técnico, que generalmente se encuentra relegado al último lugar, a pesar de su capacidad organizadora y su especialización en determinada materia”.

Hasta aquí lo dicho por el doctor **Hurtado Laos**.

En el año de 1937, estando de Interno en el Hospital San Juan de Dios, comprobé lo que dice el doctor **Hurtado Laos**, excepto, que el Consultorio de Ginecología funcionaba en el Tópico de la Sala de La Merced a cargo del doctor **Eduardo Ojeda**; que el Consultorio de Venereología funcionaba a cargo del que fué doctor **Ciótola**, en el cuarto a que se refiere el doctor **Hurtado**, donde tenían que turnarse de la siguiente manera: de 8 a.m. a 9 a.m. el doctor **Forno Concha** dando consulta a los niños enfermos; de 9 a 10 a.m. el doctor **Ciótola** atendiendo a las enfermas de venéreo, y de 10 a.m. a 12 m. se consultaban las enfermas de Cirugía General, se hacían las curaciones, se ponían todas las inyecciones, se repartían las fichas para todas las enfermas y por último, se distribuían los medicamentos recetados por todos los médicos de los Consultorios Externos.

También pude comprobar, que el diagnóstico de enfermedad venérea se hacía en la mayoría de las veces, únicamente por la clínica, por cuanto la supuesta enferma de venéreo era pobre y no podía pagar lo estipulado por la Beneficencia; tampoco concurría a recibir el tratamiento por la misma razón de pobreza. En esta situación, la enferma contagiaba su enfermedad, engrosando los guarismos demóticos.

Lo único que había suprimido la Beneficencia, era el pago de 20 centavos por consulta y por receta.

Refiriéndome al instrumental y elementos con que se trabajaba era pobrísimo.

Respecto al personal subalterno, sólo existían dos topiqueras, que ayudaban a los diferentes médicos mencionados y además a los de Otorinolaringología, Medicina y al Destista, siendo también las encargadas de repartir las fichas, colocar las inyecciones y distribuir los medicamentos.

No había pues, una sola Enfermera para los Consultorios Externos, ni mucho menos una Visitadora Social.

**2º—Atención de Setiembre de 1938 hasta la fecha.**— En Setiembre de 1938 me cupo el honor de formar parte del Cuerpo Médico del Hospital San Juan de Dios, pues fui nombrado por la Beneficencia Pública del Callao Jefe interino del Consultorio Externo de Venereología, a propuesta del entonces Director del Hospital

Dr. **Belisario Sosa Artola**, Jefatura que quedara vacante por la muerte del doctor **Ciótola**.

Al hacerme cargo de la Jefatura, encontré que las cosas estaban iguales. Sólo quiero referirme al material e instrumental con que trabajaba el doctor **Ciótola** y con el cual yo también trabajé por espacio de muchos meses. Empezaré por la mesa ginecológica: ésta era antiquísima, que bien pudo conservarse para exhibirla en un Museo, había tenido muchas composturas, hasta que un día al subir una enferma, se destrozó de tal manera que ya no pudo componerse más, y hubo necesidad de tomar una prestada de la nueva Maternidad, por orden del Sr. Gerente de la Beneficencia. Había un solo espéculum vaginal que en muchas enfermas de vagina larga no se alcanzaba a ver el cuello uterino. Por pinzas de curación vaginal había un clamp de los que se usan en las operaciones de estómago y que todavía lo conservamos. Estos solos instrumentos, con un par de guantes y soluciones de nitrato de plata y mercurio-cromo, era todo lo que había en dicho consultorio para atender a las enfermas atacadas de venéreo. Ante esta pobreza de instrumental, hice un pedido de lo necesario e indispensable y sólo conseguí: 2 espéculum vaginales, dos pinzas de curación vaginal, porta-algodones, zondas Nélaton y uno que otro utensilio más. No se dió importancia al pedido de un Microscopio con todos sus implementos, que no debe faltar en un consultorio de Venereología, siempre y cuando, dichas investigaciones no las haga un Laboratorio Central. Pedí también un pequeño aparato de electrocoagulación, indispensable para tratar las cervicitis crónicas, y se me entregó un aparato de electrocoagulación existente en el Servicio del doctor **Wieland**, pero que desgraciadamente le faltaban accesorios además de estar descompuesto, motivo por el cual, hace poco lo han retirado del Consultorio para ir a engrosar el número de antigüedades del Hospital. Se me prometió dar uno nuevo en 1941, pero hasta la fecha brilla por su ausencia, por lo que sigo tratando las cervicitis crónicas con óvulos a base de sales de plata y sulfamidas, y con toques intracervicales de nitrato de plata y tintura de yodo, que aunque los resultados no son tan radicales y rápidos, como con la electrocoagulación, se obtienen, a veces verdaderas curaciones.

En la actualidad, a pesar de mis pedidos, no tenemos una caja con todo su instrumental para curetajes o raspados uterinos, ni sacabocados de presión, que son indispensables para sacar un trozo del supuesto cáncer del cuerpo o cuello uterino y remitirlo al Laboratorio para que verifiquen su examen correspondiente. (A partir del terremoto de mayo de 1940 se han fusionado los Consultorios de Venereología y Ginecología, medida por lo demás acertada, ya que la Venereología es inseparable de la Ginecología).

En 1939, quedando vacíos los cuartos que ocupaba la Maternidad, y pasando ésta a su nuevo edificio, los dirigentes de la Beneficencia, con muy buen criterio, decidieron establecer los Consultorios Externos en aquellas habitaciones, y es sólo después del

terremoto, donde sea dicho de paso, tuvimos que trabajar como en campaña, que el Consultorio Externo de Venereología y Ginecología, ha quedado instalado independientemente, como en la actualidad lo estamos también en el Hospital de Guadalupe donde nos hemos trasladado el año pasado para dar paso a la construcción del nuevo San Juan de Dios, que es una necesidad en el Callao. Allí nos hemos instalado con nuevo mobiliario y uno que otro instrumento.

Y ahora, voy a ocuparme del desembolso monetario que tiene que hacer la enferma atacada de venéreo. Esta pobre gente tiene que pagar por una reacción de Wassermann o de Kahn cinco soles, por la investigación de Gonococo de Neisser tres soles, por cualquier dosis de antisifilítico un sol, por ampolla de yodobismutato de quinina de 0.10 grs. 50 centavos, por cada ampolla de Vacuna Antigonocócica nacional 50 centavos, (hoy con las sufamidas ya no usamos vacunas), etc. Los precios comparados con los que la Beneficencia cobraba antes de 1937, han aumentado, como pasa con la reacción de Wassermann o Kahn, en que antes se cobraba tres soles y ahora cinco; con la investigación de Gonococo de Neisser que antes era de dos soles y hoy tres soles, con la investigación de elementos anormales en la orina que antes costaba un sol y hoy dos soles, etc., etc. Quiero referir dos curiosos casos, que son los siguientes: Por la caja de 10 ampollas de Vacunas Antigonocócica nacional se cobra en cualquier Farmacia del Callao dos soles cincuenta centavos y en el Hospital de San Juan de Dios se paga cincuenta centavos por cada ampolla, es decir, cinco soles por diez ampollas que tiene la caja. Cosa parecida ocurre con las inyecciones de yodobismutato de quinina; en el Hospital la enferma tiene que pagar 50 centavos por ampolla de 0.10 grs., en cambio, en el mercado la caja de ese farmaco, de 10 ampollas de 0.30 grs. cada una, cuesta 10 soles 80 centavos; por consiguiente, comprando en la calle 0.30 grs. de un preparado de bismuto se gasta un sol ocho centavos y comprándolo en el Hospital un sol cincuenta centavos.

En este período la Beneficencia ha suprimido el pago de 20 centavos por consulta y receta.

Por estos datos es posible afirmar que las enfermas pobres no podían seguir un tratamiento adecuado y que por este motivo muchas adquirirían una falsa apariencia de curación, con graves consecuencias personales y raciales.

Hay que pedir a la Beneficencia que todos los análisis de laboratorio y medicamentos que se necesitan para tratar a las enfermas de venéreo sean gratuitos.

Felizmente, desde hace un año más o menos, es rara la enferma que tiene que pagar por sus análisis e inyecciones en el Consultorio de Venéreas y Ginecología, gracias a la intervención del Inspector del Hospital, Dr. Manuel Salcedo, quien al poner su firma a las órdenes de análisis, como a los pedidos de inyecciones

que hago, consigue que las enfermas se beneficien en su tratamiento y análisis sin abonar un centavo.

Cuando me hice cargo de la Jefatura del Consultorio Externo de Venereología, las enfermas no eran controladas, ni mucho menos se seguía una pauta de tratamiento, pues cualquier médico o interno de los Consultorios recetaba arsenobenzoles u otro medicamento antisifilítico, repitiendo ésta al cabo de ocho días sea cual fuera la dosis y hasta quince días después en muchas ocasiones. De aquí nació la idea, de que la misma enferma llevara su control de tratamiento en una libretita de su propiedad, pues el original o boleta del Hospital queda en el Consultorio para devolverlo a la oficina de distribución. En esta libretita se le anotan sus reacciones de Wassermann y Kahn y análisis de orina, como también el día que se aplica la inyección, anotándole además la fecha en que debe volver a colocarse la siguiente dosis, y recomendándole que no deje de concurrir. Al mismo tiempo se le explica los peligros que significa su enfermedad, tanto para ella como para los que la rodean; la manera de evitar el contagio, haciéndole ver que su enfermedad es curable, si ella sigue los consejos dados, y sobre todo, si ella concurre los días que se le cita a colocarse sus inyecciones. Todos estos consejos de profilaxia, contagio y herencia deberían estar a cargo de la Visitadora Social, que desgraciadamente en el Consultorio de Venéreas y Ginecología no la tenemos.

**3º—Como debe hacerse en el futuro.**— Empezaremos por el local. Ya que en Lima y Callao no hay un Hospital exclusivo para enfermos atacados de venéreo, como lo hay en otros países, como en la vecina República de Chile, creo conveniente que, por lo menos, en todo Hospital debe haber una Sala exclusivamente para enfermos venéreos, y por consiguiente, ya que hay el proyecto de construir un nuevo San Juan de Dios, en éste no debe faltar una Sala, que estará en estrecha colaboración con el Consultorio Externo de Venéreas y Ginecología.

El local de este Consultorio debe comprender lo siguiente: una sala de espera donde debe colocarse afiches con sus respectivas leyendas, piezas anatómicas venéreas hechas en cera, boletines impresos como sueltos o programas de cine, con todo lo relacionado con las enfermedades venéreas a fin de que las pacientes, al mismo tiempo que esperan su turno, se vayan dando cuenta de los peligros y consecuencias de estas mismas. En esta misma sala habrán sus servicios higiénicos con sus desinfectantes a permanencia. En comunicación con la sala de espera estará la de examen venéreo-ginecológico, con sus divisiones dando lugar a tres compartimentos: uno será para los Médicos con sus servicios higiénicos, ropero, escritorio y un pequeño laboratorio anexo, si las muestras de secreción vaginal y otras, no se analizan en el Laboratorio Central del Hospital; el otro compartimento, que sea pequeño, será para que las enfermas se desvistan; y el tercer compartimento que será amplio vendría a ser el Tópico, con todo lo concerniente en

instrumental, para practicar un examen venéreo-ginecológico, al mismo tiempo que para tratamientos.

Esbozando a grandes rasgos el local, pasaremos a ocuparnos del personal técnico y subalterno. Este debe estar integrado por un médico jefe, un médico asistente o interno, ya que el número de enfermas día a día crece, pues en la actualidad se atiende más o menos 30 pacientes al día, y creo, que este número irá en aumento dado el plan de atención médico-social que debe ponerse en práctica. Además debe haber una enfermera que se dedique a atender solamente este Consultorio, y nó como en la actualidad que atiende también al Consultorio de Cirugía. También debe haber una topiguera permanente, que en la actualidad no la tenemos. Y por último, y lo más importante, una Visitadora Social, de la que desgraciadamente no disponemos tampoco.

La Visitadora Social es indispensable, y creo debe nombrarse a la brevedad posible, porque el papel que ella debe desempeñar es primordial, y se puede decir, que sobre ella descansa toda la lucha antivenérea que quiera hacerse. Ella, es la encargada de explicar a la enferma atacada de venéreo, la enfermedad que tiene, haciéndole ver los peligros que para ella significa, como también para sus familiares, semejantes, y sobre todo, para su descendencia; además le explicará la manera de evitar el contagio, tanto por las relaciones sexuales como por los utensilios domésticos y servicios higiénicos. La Visitadora Social es también la encargada de averiguar la posible fuente de contagio de la enfermedad venérea, que por lo general es el marido, o amante, y está en la obligación de hacerlos concurrir, como a sus hijos, si es que los tiene, primero, voluntariamente a los Consultorios Externos de Venéreas de los Hospitales o a los Dispensarios Antivenéreos del Callao, y si se resistieran, recurriendo a la policía sanitaria. La Visitadora Social también tiene como atribución hacer la visita domiciliaria para comprobar la situación económica de la enferma, llenando una ficha social, que se archivará en el Consultorio o Dispensario numéricamente junto a su ficha clínica. Otra atribución de la Visitadora Social es hacer concurrir a las enfermas en la fecha y hora que les cita para que el tratamiento no se interrumpa.

El papel que desempeña la Visitadora Social es único e insustituible, y no puede ser llenado por personas que no hayan hecho estudios al respecto.

Pasando ahora a ocuparnos del material e instrumental con que debe contar el Consultorio de Venéreas y Ginecología, me parece que debe concordar con los actuales adelantos de la ciencia médica, es decir, deben haber por lo menos dos mesas ginecológicas, espéculum vaginales, guantes y pinzas de curación vaginal, tantas cuantas se puedan, a fin de tener uno de cada elemento de éstos para cada enferma, haciéndolos esterilizar con calor seco. Además debe haber instrumental completo para curetajes, sacabocados de presión, aparato insuflador de Shelanski, sulfamidas en polvo y en solución, etc., etc., etc., y no debe faltar de ninguna manera

un aparato pequeño de electrocoagulación que es indispensable para el tratamiento de las cervicitis crónicas; un microscopio con sus complementos no puede faltar, si el Laboratorio Central del Hospital no recibe la orden de practicar gratuitamente la investigación de las láminas de secreción vaginal y otras que se le envíen desde este Consultorio. Por supuesto, recargándose el trabajo del o los laboratoristas del Hospital, éstos deben ser bien remunerados.

Problema importante es el que se refiere al desembolso de dinero que tiene que hacer la enferma atacada de venéreo que concurre al hospital de mujeres que sostiene la Beneficencia chalaca. Sostengo que se debe suprimir la tarifa de precios existente, tanto de análisis como de medicamentos antivenéreos, y que desde luego, éstos sean completamente gratuitos. Si a la Beneficencia no le es posible suprimir estas tarifas, porque sus fondos no se lo permiten, creo que es el Estado quien debe dar una subvención a dicha Beneficencia, o directamente contribuir con los medicamentos en tal forma y cantidad que éstos sean inagotables en todos los Hospitales y Dispensarios Antivenéreos. Sólo así, se podría hacer una lucha antivenérea efectiva, y contando desde luego, siempre con la colaboración de la Visitadora Social.

El control de una enferma atacada de venéreo debe hacerse de la siguiente manera: Se inscribirá en una ficha con su número correspondiente, que junto con su ficha social quedarán archivadas en el Consultorio de Venéreas o Dispensario Antivenéreo, anotándose el diagnóstico y tratamiento que se les haga; al mismo tiempo a la enferma se le entregará otra ficha en forma de libreta, carnet o tarjeta, donde se le anotará también sus reacciones serológicas y de orina, el tratamiento y la fecha en que debe volver a colocarse la siguiente inyección o serie. En el reverso de esta ficha, carnet o tarjeta estarán impresas en lenguaje sencillo cuáles son las enfermedades venéreas, cómo se manifiestan, cómo debe evitarse el contagio, y en fin, todo lo concerniente a la educación venérea de la enferma, haciéndoles ver que su enfermedad es curable y que poseer una enfermedad venérea no es poseer una enfermedad vergonzosa, porque ésta, no solamente se adquiere por las relaciones sexuales, sino también por medios a veces insospechados.

He confeccionado estas fichas clínicas y tarjetas personales con sus respectivas recomendaciones en el reverso, que acompañan a este trabajo, y que hace tiempo deberían estar impresas y sirviendo en el Hospital San Juan de Dios, y Dispensarios Antivenéreos del país.

La ficha, carnet o tarjeta personal, es de un valor inapreciable para la enferma y para cualquier médico que atienda una venéropata. Por élla se dará cuenta de su enfermedad, del tratamiento a que está sometida y podrá continuar tratándola, sin encontrarse como en la actualidad, con aquella clásica respuesta: me han puesto neosalvarsán, pero no sé cuantas series, ni qué cantidad en cada una de éllas, o me han colocado bismuto, pero no sé qué cantidad.

Ahora, me referiré someramente al tratamiento de las enferme-

dades venéreas, que debe tratarse de uniformar, tanto en los Consultorios de Venereología como en los Dispensarios Antivenéreos, estableciendo un tratamiento "tipo" capaz de ser modificado según las necesidades y circunstancias que el caso particular lo requiera y teniendo en cuenta los múltiples factores de mayor o menor tolerancia medicamentosa. Esta uniformidad en el tratamiento irá en beneficio de las mismas enfermas y de la Beneficencia o del Estado.

Voy a exponer la pauta de tratamiento que he seguido.

Empezaré por la enfermedad venérea menos frecuente en nuestro medio hasta hace poco, pero que ha aumentado en los últimos tiempos, difundiéndose con caracteres alarmantes, especialmente las complicaciones, por no tener un tratamiento específico como las demás enfermedades venéreas, me refiero a la Cuarta Enfermedad Venérea, o linfogranulomatosis benigna, o proadenitis inguinal, o enfermedad de Nicolás-Favre. A ésta se le trataba con buena alimentación e inyecciones de Fuadina. En la actualidad se la trata con preparados sulfamidados (Sulfathiazol) cuya acción es inequívoca, recomendándose en los casos rebeldes la radioterapia profunda.

El chancro blando, enfermedad también poco frecuente entre nosotros, felizmente tiene un tratamiento específico, eficaz con la Vacuna Nicolle y que en el Comercio se la conoce con el nombre de "Dmelcos". En la actualidad esta enfermedad cede también al tratamiento sulfamidado rápidamente (Sulfathiazol).

La Blenorragia es la enfermedad venérea más fácil de tratar, pues cede maravillosamente a los preparados sulfamidados, de los cuales el más eficaz es el Sulfathiazol, y cuya administración por vías oral o parenteral es conocida. Esta terapéutica sulfamidada en la gonorrea ha desterrado por completo las molestas irrigaciones, lavados e instilaciones medicamentosas que se usaban antes. También ha disminuído casi a cero el uso de las Vacunas; sin embargo, éstas se usan en casos especiales, haciendo el tratamiento combinado o alternado con los preparados sulfamidados. En los casos en que fracasan las sulfamidadas y el tratamiento combinado con las vacunas, en Estados Unidos de Norteamérica, están empleando la Penicilina.

En las cervicitis se usan los óvulos e insuflaciones a base de sulfamidadas y sales de plata, los toques intracervicales de tintura de yodo y nitrato de plata, pero lo más radical es la electrocoagulación.

La Sífilis cuenta para su tratamiento con tres medicamentos específicos; estos son los preparados de arsénico, bismuto y mercurio. Esbozo un plan de tratamiento, teniendo en cuenta tres factores:

1º—**Precocidad en la iniciación de la cura:**— El ideal para atacar la infección sífilítica es el estado primario propiamente dicho, el estado preserológico, en que la reacción de Wassermann es negativa, y el chancro data de menos de 15 días, y en el cual se com-

prueba la presencia del espiroquete pálido de Schaudinn. El diagnóstico precoz del chancro sifilítico, en general no puede hacerlo la clínica, lo hace el laboratorio por medio del microscopio y mejor aún, del ultramicroscopio. Es por ésto, que a toda lesión genital sospechosa no hay que aplicarle remedio alguno hasta que se descarte la posibilidad de ser sifilítica.

2º—**Terapéutica adecuada:**— Es decir, elección de los medicamentos antisifilíticos en cada caso y según las circunstancias del enfermo, pues nadie puede dudar del empleo de los arsenobenzoles endovenosamente en una sífilis reciente, salvo casos excepcionales; y

3º—**Intensidad de la cura:**— Es decir, que no basta haber elegido el remedio adecuado, sino también que hay que suministrarlo a dosis necesarias y con la periodicidad conveniente, porque si no se administra cada remedio antisifilítico hasta alcanzar la conocida eficacia, si los intervalos de tiempo entre una y otra inyección se alargan, si se acorta el número de inyecciones de una serie, se malogrará la necesaria impregnación medicamentosa del organismo, y con ello el éxito terapéutico; a este mismo fracaso suele conducir el alargamiento del tiempo de descanso que separa una serie de inyecciones de otra.

Planteadas estas consideraciones generales, veamos cómo debe hacerse el tratamiento en una **Sífilis reciente no complicada**, cuya duración es de cuatro años, tratándose de una enferma que presenta chancro sifilítico, o lesiones secundarias cutáneas o mucosas, con reacción de Wassermann o Kahn positiva, siendo joven o adulta, de 60 o más kilos de peso, sin fallas orgánicas, con análisis de orina satisfactorio y dentadura en buen estado. Se inicia el tratamiento mixto simultáneo de arsénico y bismuto, de la manera que expongo a continuación.

Empezaremos el **tratamiento del primer año** con cuatro curas de dos meses de duración cada una, con cuatro descansos de 28 a 30 días cada uno. En realidad durante los descansos la enferma sigue bajo la acción medicamentosa del bismuto inyectado.

**Primera cura: Arseno-bismútica.**— Duración de dos meses.

Primer día:	Neosalvarsán 0,15 más	½ ampolla de bismuto.			
48 horas después:	„ 0,30	„ 1	„	„	„
3 días después:	„ 0,45	„ 1	„	„	„
4 „	„ 0,60	„ 1	„	„	„
3 „	„	1	„	„	„
4 „	„ 0,60	„ 1	„	„	„
3 „	„	1	„	„	„
4 „	„ 0,60	„ 1	„	„	„
3 „	„	1	„	„	„
4 „	„ 0,60	„ 1	„	„	„
3 „	„	1	„	„	„
4 „	„ 0,60	„ 1	„	„	„
3 „	„	1	„	„	„

4 días después:	Neosalvarsán 0,60 más	1	ampolla de bismuto.
3 " "		1	" " "
4 " "	" 0,60 "	1	" " "
3 " "		1	" " "
4 " "	" 0,60 "	1	" " "
3 " "		1	" " "

En total 5,70 grs. de Neosalvarsán y 19 y media ampollas de bismuto que equivalen a 1.11 grs. de bismuto metálico. Lo ideal es colocar de neosalvarsán tantos gramos como kilos pesa la enferma divididos por 10, es decir, que si la enferma pesa 60 kilos, nosotros colocaremos 6 grs. de neosalvarsán a razón de 0,15 por día de descanso.

Es conveniente investigar elementos anormales en la orina cada dos semanas, o por lo menos cada mes.

Después de estos dos meses de tratamiento damos un descanso de un mes, pues mayor tiempo sería perjudicial. Pedimos reacción de Wassermann o Kahn, y aunque éstas resulten negativas, continuamos con la:

**Segunda cura: Arseno-bismútica.**— Duración de dos meses.

Consiste en administrar en el plazo de dos meses 5,55 grs. de neosalvarsán y 18 ampollas de bismuto con 1,08 grs. de bismuto metálico. Las dosis y distribución de las inyecciones son las mismas que en la primera cura arseno-bismútica, salvo que empezamos directamente con 0,30 grs. de neosalvarsán y con una ampolla íntegra de bismuto, así:

Primer día:	Neosalvarsán 0,30 grs. más	1	ampolla de bismuto.
3 días después:	" 0,45 "	1	" " "
4 " "	" 0,60 "	1	" " "
3 " "		1	" " "
4 " "	" 0,60 "	1	" " "
3 " "		1	" " "
4 " "	" 0,60 "	1	" " "
3 " "		1	" " "
4 " "	" 0,60 "	1	" " "
3 " "		1	" " "
4 " "	" 0,60 "	1	" " "
3 " "		1	" " "
4 " "	" 0,60 "	1	" " "
3 " "		1	" " "
4 " "	" 0,60 "	1	" " "
3 " "		1	" " "
4 " "	" 0,60 "	1	" " "
3 " "		1	" " "

Descanso de cuatro semanas. Análisis de elementos anormales en la orina. Reacción de Wassermann o Kahn, y aunque éstas resulten negativas continuar con la:

**Tercera cura: Arsenical exclusiva.**— Duración de dos meses.

Comenzamos con 0,30 grs. de neosalvarsán, así:

Primer día:	Neosalvarsán	0,30 grs.
4 días después:	"	0,45 "
5 " "	"	0,60 "
6 " "	"	0,60 "
6 " "	"	0,60 "
6 " "	"	0,60 "
6 " "	"	0,60 "
6 " "	"	0,60 "
6 " "	"	0,60 "
6 " "	"	0,60 "
6 " "	"	0,60 "

En total colocamos 5,55 grs. de Neosalvarsán. Esta cura también puede acompañarse de bismuto, si la reacción de Wassermann es aún positiva, o si uno quiere dar más intensidad a la cura.

Descanso de cuatro semanas; no más tiempo. Reacción de Wassermann y análisis de orina de los elementos anormales, y pasamos a la:

**Cuarta cura: Bismútica exclusiva.**— Duración de dos meses.

Colocamos dos veces por semana una inyección de bismuto, por ejemplo los lunes y jueves, así:

Primer día (lunes) una ampolla de bismuto.

3 días después (jueves) una ampolla de bismuto.

Y así seguimos hasta completar 16 inyecciones de bismuto, que corresponden a 0,96 grs. de bismuto metálico.

Descanso de cuatro semanas. Investigar elementos anormales en la orina y practicar la reacción de Wassermann. Y con ésto, pasamos al segundo año de tratamiento.

**En el segundo año de tratamiento; se utiliza:**

**Quinta cura: Bismútica pura.**— Duración de dos meses.

Esta cura será igual en todo a la cuarta cura. Damos preferencia a las sales de bismuto en el segundo año de tratamiento, siendo cada cura siempre de dos meses de duración, no así los descansos que se alargan a un mes y medio entre una cura y otra.

Descanso de mes y medio.

**Sexta cura: Bismútica exclusiva.**— Duración de dos meses.

Será igual en todo a la cuarta y quinta curas.

Descanso de mes y medio.

**Sétima cura: Arsenical pentavalente.**— Duración de dos meses.

En esta cura se empleará el arsénico pentavalente, inyectando dos veces por semana una ampolla de 3 c.c. en serie de 12 inyecciones, empezando por  $\frac{1}{3}$  de ampolla, para aumentar a  $\frac{1}{2}$ , a  $\frac{2}{3}$  y por último a una ampolla las veces siguientes.

Descanso de mes y medio.

**Octava cura: Bismútica pura.**— Duración de dos meses.

Esta cura es igual en todo a la cuarta, quinta y sexta curas y antes de terminarla se cumple el segundo año de tratamiento.

Descanso de dos meses.

**El tercer año de tratamiento**, comprende curas semejantes a las del segundo año, pero separadas por descansos de dos meses.

**Novena cura: Bismútica exclusiva.**— Duración de dos meses.

Es igual en todo a la cuarta, quinta, sexta y octava curas.

Descanso de dos meses.

**Décima cura: Arsenical pentavalente.**— Duración de dos meses.

Esta es igual en todo a la séptima cura, es decir, con arsénico pentavalente, o también se puede continuar sólo con bismuto.

Descanso de dos meses.

**Undécima cura: Bismútica pura.**— Duración de dos meses.

Esta cura será igual como todas las bismúticas exclusivas.

Descanso de cuatro meses.

**En el cuarto año de tratamiento, la duodécima cura es Arsénico pentavalente.**— Duración de dos meses.

Esta cura será igual en todo a la séptima cura, es decir, con arsénico pentavalente.

Descanso de cuatro meses.

**Décima tercera cura: Bismútica exclusiva.**— Duración de dos meses.

Esta cura será igual en todo a las bismúticas exclusivas.

**En la Sífilis primaria**, la enferma es portadora de un chancro que data de menos de 15 días, aunque este dato es difícil obtenerlo; la investigación de espiroquetas en el chancro es positiva y la reacción de Wassermann es negativa. En estos casos hacemos un tratamiento antisifilítico igual en todo al primer año de tratamiento de la sífilis reciente no complicada.

El segundo año de tratamiento lo hacemos a base exclusivo de bismuto, colocando tres series de 16 inyecciones cada una de yodo-bismutato de quinina de 0,30 grs. cada inyección, y de duración de dos meses cada una por dos meses de descanso entre una serie y otra.

Si después de estas series la reacción de Wassermann resulta siempre negativa se puede suspender el tratamiento, quedando la enferma bajo control clínico y serológico periódico de 3 a 6 meses, y en lo sucesivo cada año.

**En el tratamiento de la Sífilis antigua**, hay que tener especial atención, con la edad de la enferma y con el estado orgánico, teniendo en cuenta que cada caso hay que estudiarlo separadamente para ver la conducta terapéutica que debe seguirse. Pero de un modo general, podemos decir, que los preparados bismúuticos deben usarse primero y después los arsenobenzoles. En este estado de la sífilis, se puede decir, que los preparados de mercurio endovenosos, como el bicianuro de mercurio, tienen su mejor aplicación, especialmente cuando hay compromiso visceral y nervioso, o cuando la

enferma está destinada a recibir un tratamiento con los arsenobenzoles, en cuyo caso las enfermas presentan mejor tolerancia a éstos.

Para terminar con el tratamiento antisifilítico, me voy a referir someramente al tratamiento de esta enfermedad con el Arsenoxido o Mapharsen realizado con excelentes resultados en muchos países del mundo, entre ellos Estados Unidos, Francia, Inglaterra, Alemania, Argentina y Chile.

El tratamiento "yanqui" primitivo, consiste en la instilación venosa diaria de 24 mgrs. en el hombre y de 16 a 18 mgrs. en la mujer de Mapharsen, disueltos en dos litros de suero glucosado gota a gota, durante 10 horas y cinco días consecutivos.

En Chile han modificado este tratamiento en la siguiente forma: Emplean el Neo-arsolan, en todo igual al Mapharsen, en dosis también de 0,24 mgrs. para los hombres y de 0,16 a 0,18 mgrs. para las mujeres, disueltas sólo en 450 c.c. de agua bidestilada recién preparada, instilándose en venoclisis de 4 horas de duración y repetidos durante 5 días consecutivos.

Los doctores Weinstein y Barria, también de Chile, han hecho otra modificación a este tratamiento haciéndolo fraccionario y con éllo más práctico. Ellos disuelven de Neo-arsolan 0,60 mgrs. en 10 c.c. de agua bidestilada e inyectan en la vena como cualquier inyección endovenosa según el esquema siguiente:

Días	1	2	3	4	5	6
8 a. m.	0,01	0,04	0,06	0,06	0,06	0,06
10 a. m.		0,04				
12 m.		0,04	0,06	0,06	0,06	0,06
2 p. m.		0,04				
4 p. m.		0,04	0,06	0,06	0,06	0,06
6 p. m.	0,01	0,04				
8 p. m.			0,06	0,06	0,06	0,06
Totales:	0,02	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24:

Con estos tratamientos de arsenoterapia masiva se llega a esterilizar de espiroquetas al organismo en el breve plazo de 5 a 6 días, siendo un gran adelanto terapéutico en la sífilis, ya que el tratamiento ordinario dura 4 años con sus respectivos descansos. Es una lástima, que entre nosotros hasta la fecha, no se haya puesto en práctica, o ensayado por lo menos en los Hospitales, este tratamiento que tiene ya de vida once años en los Estados Unidos.

Después de hacer esta exposición sobre la atención de las enfermas atacadas de venéreo y su tratamiento en el Consultorio Externo de Venereología y Ginecología del Hospital San Juan de Dios del Callao llego a las siguientes:

## CONCLUSIONES

1º—Es necesario reformar la organización del Consultorio de Venereología y Ginecología del Hospital San Juan de Dios.

2º—Es necesario organizar otros similares en los Hospitales “Daniel A. Carrión” y Maternidad de Bellavista, y dos Dispensarios Antivenéreos en el Callao, uno para hombres y otro para mujeres.

3º—Con estos cinco centros de atención antivenérea en el Callao, se haría una efectiva lucha antivenérea, siempre que cuenten con Visitadoras Sociales, que estarían en íntimo contacto con el enfermo venéreo, llevándolo al centro asistencial que le correspondía.

4º—Todos los Departamentos y Provincias del país, requieren Consultorios hospitalarios y Dispensarios Antivenéreos.

5º—Hay que establecer una sola ficha clínica y tarjeta personal de tratamiento, para todos los Consultorios y Dispensarios Antivenéreos del país.

6º—Hay que establecer uniformidad en la terapéutica antivenérea, creando un “tratamiento tipo”, capaz de adaptarse según necesidades y circunstancias, para cada caso particular, según los múltiples factores de mayor o menor tolerancia medicamentosa.

7º—Hay que ensayar la Arsenoterapia masiva en los Hospitales de Lima y Callao, para el tratamiento de la sífilis y el de la Penicilina en los casos de gonorrea que no cedan al tratamiento de los sulfamidados.

8º—Los análisis de laboratorio y medicamentos antivenéreos deben proporcionarse gratuitamente a los enfermos indigentes.

9º—Hay que establecer la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas.

10º—Al otorgar el certificado médico prenupcial se comprobará que el examinado no está atacado de enfermedad venérea.

11º—Hay que establecer gratuitamente el examen periódico anual del estado de salud, para descubrir principalmente enfermedades venéreas.

12º—Hay que exigir certificado venéreo a toda persona que ingrese al país, como se le exige certificado de vacunación antivariólica. En caso de ingresar un portador de enfermedad venérea, caerá bajo el control de las autoridades respectivas para seguir su tratamiento.

13º—Hay que intensificar y orientar debidamente la propaganda pública, por medio de la prensa, carteles, afiches, cartillas, radio, cinema, etc., etc., de educación del pueblo en todo lo concerniente a cultura sexual y enfermedades venéreas.

14º—Soy partidario del abolicionismo de la reglamentación del meretricio.

## BENEFICENCIA PUBLICA DEL CALLAO

## HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

## Consultorio de Venereología y Ginecología

Jefe: Dr.: ..... Ficha N° .....

## HISTORIA CLINICA

Fecha ..... Nombre ..... Edad .....  
 Raza ..... Natural de ..... Procedencia .....  
 Ocupación ..... Domicilio .....

Diagnóstico preliminar .....  
 Diagnóstico final .....

## ANTECEDENTES

Menarquía ..... Tipo menstrual ..... Partos a  
 término ..... Prematuros ..... Abortos .....  
 Enfermedad actual .....  
 .....  
 .....

## EXAMEN CLÍNICO

Vulva: .....  
 .....  
 Vagina: .....  
 .....  
 Cuello uterino: .....  
 .....  
 Útero: .....  
 .....  
 Anexos: .....  
 .....  
 .....  
 Ganglios: .....  
 .....  
 Otros órganos: .....  
 .....  
 Reacción de Wassermann .....  
 Reacción de Kahn .....  
 Gonococo de Neisser: .....  
 Análisis de orina: .....  
 Otros análisis: .....  
 .....  
 .....

## EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Fecha .....  
 Fecha .....  
 .....

## Metódica criminológica

Por el Dr. MANUEL LOPEZ REY

(Concluye)

3.—El caso individual.— Ya Exner y Metzger, hacen mención de este método típicamente norteamericano y que en general, ha dado bastante buenos resultados en el estudio de la causación de la delincuencia, aunque recientemente se hayan ya manifestado diversas críticas contra el mismo. Con todo, merece ser practicado, pero exige también un personal competente y numeroso en cuanto supone la investigación de una serie de aspectos, que sólo mediante una adecuada organización pueden llegar a conocerse.

A nuestro juicio, la ventaja de este método, se halla en que no pretende generalizar ni formular leyes, sino simple y al mismo tiempo profundamente, conocer el caso en particular en relación con los factores que en él han intervenido, tratando de poner remedio al mismo. Es un sistema individual-diferencial, de finalidad práctica evidente y que en países de poca criminalidad podría llevarse a cabo sin un costo excesivo.

Por tal método ha de entenderse, el de considerar al delincuente más que como un conjunto de rasgos, características o condiciones, como un todo o unidad que contiene un sistema de diferencias. Las estadísticas pueden aquí ser utilizadas, pero teniendo en cuenta lo ya expuesto sobre este punto. Para Taft, un caso debidamente investigado, representa un conocimiento mucho más completo que el que pueda suministrar cualquier estadística. En el caso se tiende a determinar el cómo y por qué ciertas personas son delincuentes más que con qué frecuencia las mismas lo son, distinción que es importante y que afirma una vez más el fin de la moderna Criminología, preocupada del delito, tan diferente a la de antaño, ocupada casi exclusivamente con la criminalidad.

Como puntos a considerar en el examen del caso, se pueden señalar, entre los más comunes: historia familiar, desarrollo de la propia del interesado, mundo circundante, incluyendo en éste el hogar y la vecindad, desarrollo mental y moral, medidas físicas, examen médico, pruebas y análisis mentales y psicológicos y descripción delictiva. De tales puntos se hace una selección de factores, a fin de determinar lo que conforme a ellos pueda llegar a estimarse como "causación" del delito en el caso concreto, la cual es



siempre o casi siempre de índole múltiple, existiendo por tanto, generalmente, más de un factor que pueda estimarse como causal. (3).

Los estudios de **Healy**, muestran un término medio de 3'5 factores por caso y todavía **Burt**, estudiando la delincuencia inglesa con este método, halló un promedio de 9 factores por caso. Tales porcentajes deberán ser tenidos en cuenta por los "positivizantes" que siguen hablando de la "causa única" del delito.

La divergencia entre las cifras de **Healy** y **Burt**, es grande según algunos autores, entre ellos **Reckless**, y se estima como consecuencia de dos distintos "modus operandi". Esto puede ser cierto, pero en todo caso la diferencia no es tan exagerada si se compara, a nuestro juicio, la mayor complejidad, cultura y vida inglesa con la norteamericana pues, a más complejidad cultural corresponde siempre mayor número de factores delincuenciales. Con todo, reconocemos que la cifra de **Healy** es un tanto baja, aunque sabemos se trata sólo de un promedio que no corresponde exactamente a la realidad de los casos examinados. Por último, la crítica de **Reckless** es un tanto ciega, si tenemos presente que no se sabe a que sectores de población corresponden las cifras comparadas y las personas cuya criminalidad dió lugar a las mismas.

Una de las mayores dificultades que presenta el sistema del caso, es lo que ha de entenderse por factor causal, punto del que arrancarán también las diferencias que en las cifras muestren los distintos investigadores. La cuestión no es fácil de resolver pues, aquí interviene también un problema cultural en cuanto cada círculo de cultura da lugar a conceptos distintos de lo que debe entenderse por factor. En todo caso, este término es de índole variable y dependerá de una serie de circunstancias y del punto de vista que se siga en la investigación. En su determinación, juega también un papel la organización social y económica del país. **Reckless** ha intentado una determinación de dicho concepto, a base de requisitos, que, a nuestro parecer, aunque tiene un valor apreciable, el mismo no es definitivo. Según él, puede determinarse lo que es un factor causal, con arreglo a los requisitos siguientes: Primero, actuar directa y francamente en la conducta o en la serie de acontecimientos que llevan al delito, no debiendo ser dicha actuación ni remota ni indirecta; Segundo, no ser dudoso, sino visible y demostrable su actuación en la conducta o sea, no ser inferido ni imputado; Tercero, no todas las malas condiciones existentes en un caso: físicas, mentales o sociales, son necesariamente factores causales del mismo. Así, un delincuente pue-

(3).— Cada uno de dichos puntos, comprende a su vez una serie de subpuntos, lo que hace, que lo que pudiéramos estimar cuestionario del caso, alcance una gran extensión. Así, en *Healy*, uno de los principales promotores de este sistema, las cuestiones incluidas tienen una extensión de nueve páginas y *Taft*, expone un cuestionario que ocupa seis. Para mayores detalles sobre lo expuesto, pueden consultarse, Sutherland, *Principles of Criminology*, páginas 62—65; *Reckless*, páginas 175—181 y todo el libro de Shaw, sobre los hermanos Martín.

de ser débil mental o tener un padre alcohólico, sin que tales condiciones puedan tener un efecto directo en la realización de la conducta delictiva; Cuarto, un rasgo o característica mental, corporal, innata o adquirida, no es en sí, nunca un factor causal, pero una persona que lo posea en una determinada situación social, puede actuar antisocialmente. En una palabra, no existe una relación inevitable entre tales características: debilidad mental, psicopatía, deformación, etc. y criminalidad; Quinto, es necesario admitir que existen personas delinquentes que lo son por circunstancias sociales, sin poseer rasgos o características individuales anormales; Sexto, débese tener en cuenta que lo que ostensiblemente en un mundo circundante es causal para una persona, puede no serlo para otra que se halle en ese mismo mundo circundante y Séptimo, los aparentemente reales factores causales refuerzan otros, produciendo un efecto acumulativo en la conducta, formándose así un círculo vicioso de influencia.

Los puntos de **Reckless** representan, desde luego, un notable esfuerzo de sistematización y son, en sí, objetivos pudiendo aplicarse a todo caso, pero atentamente examinados muestran su condición relativa y no aseguran el que los factores así seleccionados sean los verdaderos en el caso de que se trate, ya que lo que el considera como visible, directo y evidente puede no ser el factor causal, sino el resultado de un proceso causado por otro factor más mediato, indirecto y menos evidente. Por otra parte, queda siempre la cuestión de lo que debe entenderse por tales expresiones. Sólo una preparación adecuada y una práctica extensa pueden ayudar a resolver lo que debe entenderse por tales expresiones que, a nuestro parecer, deben ir siempre referidas a la peculiar personalidad de que se trate. No debe olvidarse tampoco que factor causal, no significa factor autónomo y la no coexistencia de otros factores, sino un factor determinador de la conducta, de índole orientadora de la misma y no algo de índole decisiva por sí mismo.

**Sutherland** al hacer una crítica del sistema del "caso", lo que no significa en él que no acepte el valor que debe dársele, sino el deseo de señalar los peligros que puede presentar una aceptación dogmática del mismo, dice que las explicaciones suministradas por tal sistema pueden estar demasiado impregnadas de los prejuicios individuales del investigador con el consiguiente peligro de descuidar lo importante y realizar lo insignificante y cita como ejemplo, el que habiendo publicado la "Whittier State School" de California, en su Manual, tres casos con la indicación de los factores delinuenciales de los mismos, **Miss Bronner**, en el examen de dicho Manual, manifestó no coincidir con las conclusiones de dichos tres casos, respecto a los factores causales señalados, lo que parece indicar, agrega **Sutherland**, que cada uno ve en el material del caso, aquellos elementos explicativos preexistentes en una propia concepción y explicación de la delincuencia. También señala

como inconveniente, el que las más de las Instituciones que realizan los casos estudios, forman parte de un sistema administrativo que trata con delincuentes y tales estudios tiene forzosamente que seguir un procedimiento, lo que vicia el sistema de selección. Estas observaciones de **Sutherland**, expuestas también por otros autores, tienen una cierta importancia, pero son en sí remediabiles, pudiéndose lograr en gran medida la objetividad necesaria en tales investigaciones, sobre todo, si son varios los que investigan en el mismo caso y las conclusiones sobre el mismo son ampliamente examinadas y discutidas. (4).

Como vemos, el sistema del caso, como todos los que pueden emplearse, no deja de ofrecer sus críticas y no es tampoco, en sí considerado, exhaustivo. Con todo, es preciso reconocer las innegables ventajas prácticas que ofrece en el tratamiento individual y en la posible readaptación, lo que explica el uso cada vez más generalizado que del "caso" se hace en Estados Unidos y aun fuera de dicho país.

Cabe preguntarse, si la investigación y estudio que el "caso" representan, no se hallan ya, en mayor o menor medida, en los psicobiogramas de las clínicas, anexos o centros de investigación criminológica alemanes, austriacos o de otros países. En principio, cabe decir que si se comparan unos y otros cuadros, es evidente que hay muchos puntos de coincidencia, pero lo que les distingue es el fin perseguido y así, mientras la investigación europea señalada y los que la siguen, parece tener en cuenta la formación de archivos en vista de una acción posterior general contra la criminalidad por medio de una política criminal, y ello lo revela en buena medida el título que en alemán tiene la *Criminologia* de **Metzger** y el epígrafe correspondiente a dicho título que al final de cada parte de la obra se halla, dando así a tal investigación una característica pronunciadamente académica y aun de pura investigación, los norteamericanos, más prácticos, con el "caso", tienden a solucionar, en lo posible, el caso concreto, llevando directamente al delincuente, sobre todo al infantil y al juvenil, a Instituciones adecuadas, sin descuidar por ello una posible política criminal, respecto a la que existe un gran movimiento, pero lo importante para ellos es "salvar" al delincuente, dándole inmediatamente, en lo posible, el trato adecuado. Por otra parte, y ya desde el punto de vista del contenido y de la sistemática, el psicobiograma se encuentra demasiado apegado aun a lo herencial, tipológico, etc., lo que si bien se tiene en cuenta por los norteamericanos, no lo es con la rigidez germana, rigidez que se aparta de la realidad al dar una gran importancia a los elementos herenciales, tipológicos, y demás citados, conforme a una clasificación determinada.

4.—La propia narración.— En realidad, no puede decirse que

(4).—Esa objetividad creemos que ha sido lograda, en los cinco casos de los hermanos **Martín**, del libro de **Shaw**, "*Brothers in crime*".

constituya un método propio independiente, sino parte integrante del sistema del "caso". Consiste en la propia narración, hecha por escrito y con entera libertad por los mismos delincuentes pues, se ha estimado que la interpretación de los hechos de su vida hecha por ellos, puede ser de significativo valor criminológico, aunque dicha interpretación sea errónea, si se sabe salvar e interpretar el error. Naturalmente, este método carece de utilidad con los analfabetos.

Se ha discutido y se sigue discutiendo en los Estados Unidos, sobre la validez y alcance de este método, existiendo sobre él contrarias e intermedias opiniones. **Shaw** le concede bastante valor, reproduciendo las historias de los cinco hermanos Martin, por ellos mismos redactadas, pero reconoce que es un método controvertido. (5). En todo caso, tiene un valor instrumental apreciable y debe manejarse con sumo cuidado, en cuanto el delincuente, voluntariamente o no, puede introducir no sólo deformaciones, sino también falsificaciones e invenciones, lo cual si bien puede ser interpretado cuando es descubierto, puede no llegar a descubrirse o interpretarse como algo verdadero. Cabe preguntarse si tal medio sólo puede emplearse con delincuentes bien o medianamente educados o con todos en general, con tal que sepan escribir. Para algunos autores, como **Taft**, sólo debe ser empleado con los primeros, pero a nuestro juicio no hay razón alguna para tal limitación que descansa en un límite bastante incierto, ya que lo importante es que haya una facilidad de expresión y que lo expresado pueda ser sometido a investigación. Por otra parte, no debemos olvidar, que las personas bien educadas, pueden dar lugar, por esa mayor educación, a mayores deformaciones y desviaciones.

Otra de las dificultades que presenta este método es el de la veracidad que puede concederse al mismo. Por mucha que sea la discreción prometida al narrador, la misma puede estimarse por éste que deja bastante que desear, influyendo ello en la veracidad de la narración. También podemos preguntarnos, si para la realización de la misma deben darse ciertas indicaciones o dejar al delincuente narrador en absoluta libertad. Darle algunas puede presentar sus ventajas y ello se hará, a nuestro juicio, según la índole, circunstancias, etc. del delincuente. En todo caso, si se hacen deben hacerse parcamente a fin de evitar sugerencias, directrices, desviaciones o deformaciones. El dejarle en absoluta libertad puede conducir a una inanidad de lo relatado. En suma, ello dependerá, como señalamos, de las circunstancias del caso. ¿Es conveniente inducir a la escritura narrativa de tales vidas, mediante algunos móviles especiales: remuneración, publicidad, etc.? Algunos autores, como **Shaw**, han utilizado la primera, lo que no sabemos hasta que punto habrá repercutido en la longitud, veracidad, expresión, etc. de las memorias por él publicadas. Aquí

(5).—V. Shaw. Toda la parte tercera. En la página 145 puede hallarse una biografía sobre las discusiones respecto al valor de este método.

tampoco cabe una regla general. La que sí debe observarse es la de no suministrarles datos, informaciones, documentos, etc. que les ayuden a la redacción ya que ésta con todos los inconvenientes que ello representa, debe ser obra exclusiva del redactor. En resumen, este método, puede dar buenos resultados, siempre que se le maneje con la debida cautela.

**5.—El delincuente libre.**— Este método implica una serie de dificultades y es además peligroso. Consiste en tratar, en convivir con el delincuente libre, participando en su vida y observándole así. Se alega en pro de este método que el delincuente que comparece ante la policía y tribunales y permanece recluído, no es el delincuente "al natural", sino aspectos no verdaderos del mismo, por lo que no puede ser debidamente comprendido.

El razonamiento no deja de tener fuerza, pero no tanta como se le ha querido atribuir, en cuanto si bien el delincuente puede ser "otro", es lo cierto que al verdadero se puede llegar por muy distintos caminos. Tiene pues, un valor aunque el mismo se halle siempre limitado por las dificultades que supone la realización de este método y por otra parte, el investigador que así actuara no dispone, durante su investigación, de todos los medios que la misma necesita, hallándose constreñido a la observación de tercero como medio. Añadamos que quien tal hiciera, tendría que actuar como "delincuente" o simularlo muy bien para poder penetrar en lo íntimo de sus "compañeros" pues, es esa intimidad la que interesa y no la superficialidad que puede obtenerse, incluso mediante una encuesta periodística. Ahora bien, esa interpenetración es muy difícil de lograr en cuanto los delincuentes son muy poco propensos, aun entre sí, a la confidencia o a dar noticias sobre sus vidas. En parca medida, en los Estados Unidos y en Alemania, se han hecho investigaciones de este género que han aportado resultados muy interesantes, especialmente en orden a la psicología del delincuente.

**6.—Experimento.**— Por algún autor, como **Sutherland**, es llamado método terapéutico y consiste en examinar y comprobar las causas de la delincuencia, al cambiar la conducta de las personas o grupos, sometiéndoles a condiciones y situaciones de vida debidamente dirigidas. Pruebas en este sentido, se han hecho ya como algunas de las realizadas por **Lewin**, pero las mismas en Criminología tienen una limitada aplicación por las dificultades que tales experimentos en sí entrañan. Con todo, una organización post-penitenciaria buena, puede sustituir en no escasa medida a los experimentos "organizados", en los que la naturalidad del que se somete a ello deja mucho que desear.

Conviene aquí hacer una referencia a los "tests" o pruebas, en realidad, experimentos que son también utilizados en Criminología. Previamente, debemos preguntarnos si el conocimiento de la personalidad, tan estructuralmente compleja y dinámica, puede lograrse por la repetición de pruebas sobre diversos aspectos de

la misma. Durante mucho tiempo y conforme a una concepción paralela de una Psicología experimental, el "test", se consideró como el medio más apto para adentrarse en la psique humana, pese a las críticas que inmediatamente suscitó y a los variables resultados que con el mismo se obtuvieron.

En Francia y Estados Unidos, el "test" era la prueba por excelencia y mediante el "mental test" se pretendía conocer en hora y media o dos horas, la memoria, capacidad de representación y concepción, la atención, la sugestibilidad, los sentimientos estéticos y morales, poder de voluntad y muscular, etc., de una persona, ignorándose, primero, que aun teniendo un cierto valor el "test", éste no acredita siempre la auténtica realidad de aquello sobre que recae; segundo, que aun acreditándola, se trata de elementos de la personalidad que son en sí variables y cuyo entendimiento no nos permite llegar al de la personalidad que se pretende conocer y tercero, que la significación de las partes, sólo se logra conociendo previamente el todo.

Una Psicología experimental o "conductista", no sirve para entender el hombre, aunque sí para utilizarle, lo que evidentemente no es lo mismo, ya que se puede utilizar a alguien sin molestarle en comprenderle, incluso a los efectos de una ciega utilización es más ventajoso no comprender. Psicotécnicamente, una Psicología experimental, aplicada, tiene un gran valor práctico, positivo, pero la misma, para la Criminología, tiene escasa aplicación, en cuanto ésta, lo que precisa es una Psicología de entendimiento o comprensión, que no trabaja sólo con elementos de la personalidad, sino con toda ésta. Se trata, por consiguiente, de dos fines diferentes. Conocer el grado de inteligencia de una persona, así como su poder muscular, muy poco nos dice de su personalidad. Se precisa bastante más y ello sólo puede lograrlo, una Psicología cultural, "comprensiva" que nos permita interpretar la personalidad como un todo. De ahí, que el "test", tenga para el criminólogo, sólo un valor relativo, complementario de los otros métodos que pueda emplear. Incluso, en Norteamérica, donde el "test" reinaba acatadamente, hay un serio movimiento de reacción contra el mismo, y no sólo respecto a la Criminología, especialmente contra el "test" llamado de inteligencia aplicado a lo escolar, militar, administrativo, etc., "test" que se aplicaba con una profusión que era ya manía. Los resultados así obtenidos, han mostrado índices muy variados, debidos en buena parte a las peculiaridades de los métodos empleados en su aplicación y a las diferencias psicológicas individuales, a lo que constituye la Psicología diferencial. Por otra parte, se ha planteado la cuestión de que es lo que debe entenderse por inteligencia, cuestión no resuelta aun y sobre la cual, sin embargo, los experimentadores del "test" trabajan como sobre algo definitivamente fijado. La misma pregunta cabe hacer respecto a los sentimientos, la atención, la voluntad, etc., con lo que la Psicología a base de "test", perdió su base y ha quedado reducida a la modestia de algo complementario, valor reducido que es el que desde un principio debió tener.



La complejidad inmensa de la personalidad, no puede ser deducida o sólo serlo en muy escasa medida, mediante el "test", que se refiere sólo a un momento de dicha personalidad, momento que por otra parte, no sabemos hasta que punto es el auténtico, en cuanto el hecho de someter a alguien a una prueba, implica casi siempre una perturbación en el mismo, que tanto puede redundar en un "más" como consecuencia de un esfuerzo, como en un "menos" como resultado de un temor o encogimiento psicológico, y aunque ambos aspectos pueden ser salvados, lo que resulte después de la salvedad no es evidentemente la realidad de la personalidad sometida al "test".

En todo caso, el "test" de inteligencia, merece sólo una relativa confianza y así **Goodenough**, en su estudio de la delincuencia juvenil, ha encontrado índices que van desde un 80% hasta un 12%. Una correlación entre inteligencia y crimen, a base de "test" es inadmisibile. En el período 1910-1914, en los Estados Unidos, el porcentaje de débiles mentales entre delinquentes bajó un 50% y volvió a reducirse en un 25% en el de 1925-28. Los criminólogos modernos norteamericanos: **Gault, Sutherland, Taft** y otros, mantienen frente al "test", una actitud de franca desconfianza. Por otra parte, la pretendida debilidad mental del delincuente, apenas si se diferencia del que no lo es. En todo caso, hay una dificultad enorme para separar lo intelectual de lo emocional, dificultad que aumenta en toda prueba con reclusos que siempre temen algo. Tampoco conviene olvidar, que por lo común, el delincuente detenido, suele ser menos inteligente que aquel que evita la detención y sobre el cual no se obtienen "tests".

En resumen, el "test", cualquiera que sea el aspecto a que se aplique, tiene un valor muy relativo, dependiente de las variaciones que se dan en la persona, la que sometida a intervalos cortos a un mismo "test", puede dar resultados muy contradictorios. En segundo lugar, las diferencias existentes en la aplicación del "test" sólo opera sobre elementos de la personalidad, siendo respecto a ésta un modesto índice que no puede casi nada decirnos sobre la totalidad compleja de la misma y justamente, en Criminología, lo que interesa es la totalidad y no los elementos.

---

Como vemos la metódica criminológica es muy compleja y es muy difícil que logre alguna vez resultados íntegros y de absoluta validez ya que opera sobre algo de índole infinitamente compleja y dinámico, como es la personalidad humana. Con todo, se van obteniendo cada vez resultados más satisfactorios, ampliándose los medios que se utilizan en la investigación causal del delito, así los diarios o memorias, correspondencia, obras artísticas, etc.

A nuestro juicio, el método del caso es el llamado a permanecer con las naturales modificaciones que la investigación vaya im-

poniendo en su aplicación. En puridad, todos los expuestos pueden considerarse incluidos en el mismo y para el mismo. Exige un personal técnico principal y auxiliar muy competente y numeroso y desde luego, dinero no sólo para realizar su aplicación, sino todavía más para sostener las instituciones, escuelas, hogares, etc. que el mismo implica.

---

## La lucha contra el crimen y el registro genealógico

Por el Dr. JULIO ALTMANN SMYTHE

La mayoría de tratadistas aceptan la existencia de la transmisión hereditaria de la predisposición delictual.

**Leonard Darwin**, por ejemplo, señala que tres son los factores determinantes del delito: a).—Un medio ambiente nocivo; b).—La tentación, consecuencia del anterior; y c).—Malas cualidades naturales, generalmente de origen hereditario.

**Sergi**, a su vez, escribe que la herencia morbosa de antepasados próximos o remotos es uno de los más importantes factores que influyen en el ser humano para encausarlo por la senda del crimen.

**Palopoli** afirma que "la herencia biopática, las predisposiciones y la conformación interna son causas mecánicas del obrar y actúa con ellas el impulso de las condiciones exteriores de la vida, en relación con el ambiente físico y con el social".

**Luis Vervaeck** —cuyas ideas poseen inconfundible autoridad— sostiene que, en general, la herencia se combina con la intervención del ambiente, en sus factores criminógenos, sin que se pueda asignar a una u otro una acción preponderante, ambos dominando la etiología criminal. Pero concluye afirmando, basado en su larga experiencia penitenciaria, que el factor hereditario ejerce una acción preferente sobre la génesis de la delincuencia.

Hoy nadie duda que el delincuente es un anormal, que llega hasta el acto delictuoso cuando el ambiente se encarga de aumentar o exacerbar su "estado peligroso". Es natural, entonces, que la lucha contra el crimen se dirija a transformar el ambiente que rodea al individuo, quitándole su tinte adverso, por una parte, y a curarlo de su estado biopático, por la otra.

En la actualidad, a la primera de estas tareas se le está dando

máxima importancia y es de esperarse que en un futuro próximo la acción estatal se haga cada vez más enérgica, reduciendo al mínimo posible la adversidad ambiental, gracias a la ayuda utilísima que pueda prestarle el Servicio Social criminológico.

A la segunda de estas funciones, por desgracia todavía no se le ha asignado su verdadera trascendencia. Sin embargo, es de presumir que se habrá de reaccionar, cuanto antes, ante hecho tan lamentable.

Siendo el delincuente un anormal, es perfectamente aceptable que se le trate como a tal, por médicos y profesionales particularmente calificados. Pero como tiene un fondo hereditario, es científico pensar que el sujeto deberá ser tratado de acuerdo con los datos de su genealogía, a fin de lograr su posible curación.

El estudio minucioso de los factores hereditarios es de muy grande importancia para alcanzar algún beneficioso resultado en la lucha contra el delito. Es completamente imposible determinar el especial tratamiento al que debe sujetarse al delincuente, si no se estudia previamente su genealogía, ciñéndose, para ello, a un bien orientado método. Renato Kehl sostiene con razón: "El conocimiento del factor hereditario es de indudable importancia para lograr éxito en el tratamiento de un enfermo, cualquiera que él sea".

Es difícil, casi impracticable, prescribir el correcto tratamiento a que debe sujetarse al criminal, a fin de alcanzar su posible curación, sin el conocimiento exacto de sus datos genealógicos. Por esto es de recomendar el paciente y documentado estudio de la herencia delictiva y de la genealogía del delincuente, como base razonable para la prevención de la delincuencia y curación del delincuente.

Debe recordarse que no es absolutamente fatal la predisposición hereditaria al delito. Pueden evitarse sus consecuencias por una higiene adecuada, por una educación moral e intelectual bien orientada, por la ayuda económica inteligente, por la protección social, por un científico tratamiento médico, etc., etc.

Sin embargo, es por lo general difícil conseguir datos ciertos relativos a los ascendientes lejanos del delincuente o del que acusa un estado de peligrosidad, porque falta el registro familiar, de suma importancia y utilidad en estos casos.

Ante esta realidad no queda otro camino que recurrir a los datos que puedan suministrar los ascendientes más próximos, los que han de servir para conocer el pasado eugenésico de la familia. Pero, es regla general, que los datos que así se recogen sean falsos. Por esto, algunos estudiosos aconsejan no intentar siquiera este recurso, toda vez que al inducir al investigador a conclusiones equivocadas, se esterilizan los esfuerzos que tienden a la curación del delincuente.

Se salvarían estos graves inconvenientes si existiera en el Perú el "Registro Familiar", en el que se encontrarían todos los datos concernientes a la herencia familiar. El Registro Genealógico Oficial sería de enorme utilidad para llegar a conclusiones ciertas, las

que permitirían, con algún esfuerzo, reconstruir el pasado hereditario de los delincuentes. De esta manera se podría determinar, en forma científica, el especial tratamiento al que se les debe someter. Su creación constituye necesidad impostergable.

Si las taras que se transmiten por herencia y que predisponen a la criminalidad pueden, a veces, sufrir benéficas amortiguaciones; si los delincuentes pueden llegar a transformarse en hombres de relativa normalidad; si, en fin, existe una nueva posibilidad para luchar contra el delito en forma más científica y con más probabilidades de éxito, es imprescindible que, cuanto antes, dediquemos nuestras energías a la realización de un tan noble objetivo, como es el que dejamos enunciado y por el que abogan muchos estudiosos peruanos, como el Prof. Dr. **Carlos A. Bambarén**, la Dra. **Susana Selano**, etc.

---

## La enfermera frente a la Eugenesia

Por la Srta. **FELICITA SERNAQUE O.**

El mantenimiento de la higiene racial requiere el concurso de la Enfermera, que colaboradora en los menesteres eugenésicos, trabaja con tezon destruyendo los factores mórbidos que al atacar al individuo influyen sobre la descendencia. Hoy las naciones se esfuerzan más que nunca por poseer población sana de cuerpo y de espíritu, porque sobre ella reposa la prosperidad. Cuando se examina a los hombres para la guerra, se encuentra que porcentajes muy grandes son inútiles, por encontrarse atacados de dolencias que aminoran su vitalidad y anuncian descendencia indeseable. Las fuentes de la salud y del vigor nacional se encuentran carcomidas en sus más esenciales elementos, como que hacen el progreso científico, político, industrial y económico.

La salud, base fundamental del individuo, por ignorarse los recursos que deben utilizarse para conservarla, se dilapida y como consecuencia se llega al matrimonio en lamentables condiciones de potencialidad reproductora.

Es sorprendente el número de jóvenes, tanto en el reclutamiento militar obligatorio, como en el voluntario, que son incapaces de defender a su patria, por defectos físicos y mentales y como la edad militar es la apropiada para la reproducción, se concibe fácilmente el negro porvenir del Perú. Con esta clase de futuros padres y con madres depauperadas por el sufrimiento, es lógico que vengan hijos tarados y enfermos, incapaces para el bienestar de la Nación.

Hay que educar al pueblo en las normas de Higiene, en orden a los postulados de la Eugenesia. En la actualidad predomina la educación sanitaria; urge implantar la instrucción eugenésica.

Los recursos humanos de la nación se arrojan al cieno; el despilfarro de la fortuna pública es tan intenso por descuido punible, que algún día obligará a comparecer ante el tribunal de la opinión pública, a los que tuvieron a su cargo lo destinos del país.

La falta de educación eugenésica es la causa de los defectos que se comprueban en los pobladores del Perú. La enseñanza debe impartirse en las escuelas por personal debidamente capacitado. En mi concepto son las enfermeras llamadas sanitarias las que deben desempeñar esta importante labor, pero hasta hoy no se las prepara en el Perú.

Hace tiempo, desde 1927, que he sostenido la necesidad de preparar **Enfermeras Sanitarias**, con amplio conocimiento de su labor educadora, capaz de hacer verdadera orientación eugénica de los pobladores del país.

La enfermera sanitaria educará en los hábitos higiénicos de acuerdo con la mentalidad del educando, como son los juegos de salud, cuentos, comedias, dibujos, etc., que llevan envuelta una lección de higiene étnica. Lo mismo se debe hacer con la madre, para que ésta críe al niño sano y de esta manera ir descongestionando los hospitales de las cifras enormes de mortalidad infantil y de tarados por enfermedades de los padres. Se debía formar Clubs de mujeres que se encargaran junto con la enfermera de la educación sanitaria en todos los sitios donde la madre existe, ya sea en el campo o en la ciudad y alrededores.

La intervención de la enfermera en la práctica eugenésica, es muy importante, porque ella se pone en contacto íntimo con la multitud, ganando su confianza y obteniendo el concurso inapreciable de su voluntad. Naturalmente que se necesita preparar enfermeras con cultura eugenésica para que la trasmitan a las demás. De otra manera los resultados de la intervención de este profesional en la campaña eugenésica serían nulos.

En mi concepto, el Perú necesita preparar estas enfermeras eugenistas cuya labor no pueden desempeñar las enfermeras de hospital, adiestradas únicamente para la asistencia de enfermos. Se necesita organizar una Escuela de Enfermeras Sanitarias, en cuya educación predomine la higiene profiláctica, la eugenesia, la eutenesia y todas las demás tareas de profilaxia racial.

Con ellas será posible hacer más fructuosa la campaña eugenésica que requiere el Perú, uno de cuyos propósitos tiene que ser la educación, que debe impartirse en el ambiente familiar, donde se incuba la ventura o la desgracia de la Patria.

La Visitadora Social también debe tomar parte en la campaña y enseñanza de la Eugénica, porque su cultura la orienta en ese sentido y porque al penetrar al hogar, descubre muchos factores que conspiran contra la higiene de la raza.

En el Perú es necesario movilizar todas las fuerzas vivas para imponer la Eugenesia. La enfermera es un factor que debe sumarse en esta empresa, para lo cual debe dársele capacidad técnica, ofreciéndole oportunidad para actuar con decoro y eficiencia.

### CONCLUSIONES

- 1º—La Segunda Jornada Peruana de Eugenesia reconoce que la enfermera es factor importante para la campaña eugénica que requiere el país.
- 2º—La Segunda Jornada Peruana de Eugenesia, sugiere que se organice una Escuela de Enfermeras Sanitarias bajo la inmediata dependencia del Ministerio de Salud Pública.
- 3º—La Segunda Jornada Peruana de Eugenesia recomienda que la Escuela de Servicio Social del Perú, orientando debidamente su enseñanza, prepare Visitadoras Sociales eugénicas.
- 4º—La Segunda Jornada Peruana de Eugenesia expresa que la enfermera sanitaria y la Visitadora Social eugénica, pueden llevar a cabo en el hogar del proletario, la enseñanza familiar de la ciencia de Galton.
- 5º—La Segunda Jornada Peruana de Eugenesia, declara que el control de recién nacido, debe hacerse con criterio euténico, tal como lo ha sostenido el Dr. Carlos A. Bambaren, desde el año 1938, en el Municipio de Lima.

## DERECHO DEL TRABAJO

REVISTA CRITICA MENSUAL DE JURISPRUDENCIA  
DOCTRINA Y LEGISLACION  
COMITE CONSULTIVO

ALEJANDRO M. USAIN  
Profesor en la Universidad de  
Buenos Aires

MANUEL PINTO  
Profesor en la Universidad  
de la Plata

MARIANO R. TISSEMBAUM  
Profesor en la Universidad de Santa Fe

DIRECTOR

MARIO L. DEVEALI  
Ex-Profesor en la Universidad de Roma

PRECIO DE SUSCRIPCION ANUAL: \$ 20 m/n argentina

Editorial LA LEY—BUENOS AIRES—Tucumán 1471

## Noticias

CONFERENCIA DEL PROFESOR ENRIQUE CLAVEAUX DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MONTEVIDEO.— El 19 de junio dictó una interesante y aplaudida conferencia sobre "Tratamiento biológico de la parálisis infantil" el Director del Instituto de Enfermedades infecciosas de Montevideo, Dr. Enrique Claveaux, que pasó algunos días en la ciudad de Lima.

SE COLOCO LA PRIMERA PIEDRA DEL HOSPITAL DE TUBERCULOSOS.— El 20 de junio se colocó la primera piedra del hospital de tuberculosos, con ceremonia en la que pronunciaron discursos el Dr. Constantino J. Carvallo, Ministro de Salud Pública y el Dr. Luis Cano Gironda, jefe del departamento de lucha antituberculosa del mismo Ministerio. El hospital-sanatorio se construirá en una área de 35,000 m<sup>2</sup>., tendrá capacidad para mil enfermos, será el N° 1, de un vasto plan asistencial que se ha elaborado para combatir la difusión de la tuberculosis pulmonar.

El Dr. FORTUNATO QUESADA CELEBRO SUS BODAS DE PLATA PROFESIONALES.—El 26 de julio festejó sus bodas de plata con la profesión el Dr. Fortunato Quesada, quien ha tenido brillante y fecunda labor en veinticinco años de ejercicio profesional, que no puede pasar inadvertida y que por lo tanto merece aplaudirse cada vez que se presente la ocasión. En las actuaciones que se realizaron se ponderó, justicieramente, sus contribuciones técnicas en el campo de la cirugía.

HOMENAJE A LA MEMORIA DE DANIEL A. CARRION.— El 5 de octubre se conmemoró un aniversario más del sacrificio del estudiante fernandino Daniel A. Carrión que murió víctima de la inoculación de la Verruga, enfermedad que desde entonces lleva su nombre.

El programa que se confeccionó fué el siguiente:

10.30 a. m.—Actuación ante la placa recordatoria a Daniel A. Carrión en el Hospital "Dos de Mayo". En este acto hizo uso de la palabra el señor Héctor Bustamante Cornejo, en representación del Centro de Estudiantes de Medicina.

10.45 a. m.—Ceremonia ante el monumento a Daniel A. Carrión, situado en la Plaza Diez Canseco. En esta ceremonia pronunciaron discursos el doctor Alejandro Arellano Z., a nombre de la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión", y el señor Arnaldo Cano Jáuregui, a nombre del Centro de Estudiantes de Medicina.

11.30 a. m.—Romería a la tumba de Daniel A. Carrión, en el Cementerio General. Discurso del doctor Bolívar Patiño Arca, en representación de la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión". Discurso del señor Gabriel Gurmendi Robles, a nombre del Centro de Estudiantes de Medicina.

7.30 p.m.—Sesión solemne en la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión". Entrega del Premio Camino, a la señorita Dra. Juana María Solano, correspondiente al año 1944.

9 p.m.—Comida de camaradería.

VISITO LIMA EL Dr. HERMAN G. WEISKOTTEN.— El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Syracuse y catedrático de Anatomía Patológica Dr. Herman G. Weiskotten, ha estado en esta ciudad con el objeto de estudiar el estado de la enseñanza médica de la Universidad de Lima.

Será muy interesante, seguramente, el informe que presente, dada su calidad de Presidente del Consejo de Educación Médica de la Asociación Médica Norte Americana.

## Bibliografía

LOS GRAVES PROBLEMAS DEL PERU ANTE EL CONGRESO, por el Dr. Carlos A. de La Puente.— Un vol. de 182 páginas.— **Sanmarti, editores.**— Lima, 1944.

En el mes de marzo apareció este libro, que contiene los proyectos que presentó a la Cámara de Diputados el Dr. Carlos A. de La Puente, en su condición de miembro del Parlamento peruano, durante los cuatro primeros años de su actuación legislativa.

El autor expresa en la primera página, que califica de síntesis, que "si se quiere hacer obra patriótica y elevar los índices de orden social, físico y moral de quienes constituyen la fuerza y nervio de nuestra riqueza fundamental, el Parlamento deberá, entre otras cosas, olvidar mezquinas diferencias de opinión partidista y disminuirle su apoyo al privilegio del capital en sus manifestaciones oligárquicas y plutocráticas, estructurando la ley dentro de un amplio sentido de equidad y equilibrio social, política eminentemente nacionalista, que defienda el consumo y la economía del Perú". Afirma, también, que si sus esfuerzos no los coronó el éxito se debe al "clima de política personalista que empieza a invadir nuestro parlamento y es contrario a toda iniciativa que pueda relieves el mérito ajeno".

Estas manifestaciones del Dr. Carlos A. de La Puente obligarían a honda meditación, pero como ellas serían ajenas a la medicina, las omitimos, ocupándonos, en cambio, del contenido de la obra.

Las cuestiones alimenticias abarcan las primeras cuarentidós páginas del libro, exponiéndose un proyecto para crear un "Con-

sejo Nacional de control alimenticio" y estudiándose, enseguida, el problema de la leche que se consume en Lima.

Luego inserta su intervención al discutirse el Presupuesto de 1940 y el elogio que hizo de los estudios de Américo Garibaldi sobre etiología del cáncer. A continuación se encuentra el proyecto de nacionalización del ejercicio de la medicina y otras cuestiones de breve extensión, para tratar enseguida del presupuesto sanitario de 1941.

El problema de la tuberculosis dá ocasión al Dr. de La Puente para exponer en varias oportunidades diversos conceptos sobre asistencia hospitalaria del fimatoso, según se deduce de las intervenciones parlamentarias que contiene el libro que se analiza.

Sobre la XI Conferencia sanitaria panamericana que se realizó en Río de Janeiro en setiembre de 1942, el Dr. Carlos A. de La Puente, publica diversos documentos, que ocupan las páginas 77 a 85. La redención del alienado y otras cuestiones, se leen a continuación, para encontrar luego, un proyecto de homenaje médico a Bolívar, consistente en un Congreso médico bolivariano, que integrado por delegados de los países que creó el genio venezolano, se reuniría en Lima en fecha que acordaría una comisión especial designada para el efecto.

Enseguida puede leerse el discurso que pronunció el Dr. de La Puente en el homenaje que se tributó en Río de Janeiro al Ministro de Guerra del Brasil General Enrique Dutra, así como la respuesta del mismo; encontrándose luego una amplia reseña de la discusión que se suscitó en el Parlamento sobre uso de sal yodada en las zonas bociógenas del Perú, y en la que fué opositor a su aprobación el autor del libro que se analiza (págs. 116 a 150). Por último, se dá noticia de un asunto político con el título de "mi fuero parlamentario".

En el Apéndice se insertan dos bellos discursos pronunciados por el Dr. de La Puente: uno sobre Monteagudo y otro sobre O'Higgins.

Tal es la narración objetiva del libro publicado por el Dr. de La Puente, en el que puede advertirse falta de orden, pero, en cambio, entusiasmo por los temas sanitarios, que necesitan concretarse para felicidad de los pobladores de este país, cuyo futuro tienen que elaborarlo hombres sanos de cuerpo y de espíritu.

---

# Promilina

40 UNIDADES DE HISTONA INSULINA ZINC POR CC.



*Instituto Sanitas S.A. Peruana*

